

**PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN PACIENTES
ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL NORORIENTE
COLOMBIANO**

MD. AUDREY JOSE MIRANDA DIAZ

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA PLÁSTICA
BUCARAMANGA**

2019

**PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN PACIENTES
ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL NORORIENTE
COLOMBIANO**

MD. AUDREY JOSE MIRANDA DIAZ

**Trabajo de grado para optar al título de
Especialista en Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética**

Director:

**JUAN DARIO ALVIAR
Md. Cirujano Plástico**

Codirectores:

**DR. JORGE ANDRÉS NIÑO GARCÍA
MD. Psiquiatra
Dra. Lina María Vera Cala
MD. Epidemióloga**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA PLÁSTICA
BUCARAMANGA**

2019

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. JUSTIFICACIÓN	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	15
3. OBJETIVOS	16
3.1 OBJETIVO GENERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
4. MARCO TEÓRICO	17
5. MATERIALES Y MÉTODOS	21
5.1 DISEÑO	21
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	21
5.3 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	21
5.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	22
5.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS	22
6. RESULTADOS	23
6.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	23
6.2 CARACTERÍSTICAS DE LAS QUEMADURAS	24
6.3 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	25
6.4 PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	26
6.4.1 Trastornos del afecto	26
6.4.2 Trastorno por uso de sustancias psicoactivas	27
6.4.3 Trastornos relacionados con traumas	30
6.4.4 Otros trastornos mentales	30
6.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO BIVARIADO	31

6.5.1 Percepción de amenaza durante la quemadura	34
6.5.2 Escala de Despersonalización de Cambridge	34
6.5.3 Escala de Locus de Control	35
6.5.4 Trastornos mentales y quemadura	36
6.6 COSTOS DE LA QUEMADURA	37
7. DISCUSIÓN	39
8. CONCLUSIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXOS	46

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Agente causal	24
Tabla 2. Caracterización quemadura	25
Tabla 3. Intervenciones quirúrgicas en la Unidad de Quemados	26
Tabla 4. Frecuencia de síntomas depresivos en los pacientes quemados	27
Tabla 5. Síntomas en pacientes con trastorno por consumo de alcohol	28
Tabla 6. Frecuencia de los síntomas de abstinencia	29
Tabla 7. Relación del agente causal con la profundidad de la quemadura	32
Tabla 8. Relación del compromiso de area especial con la duración de la hospitalización.	33
Tabla 9. Relación de la extensión de la quemadura con la indicación de injertos de piel.	33
Tabla 10. Relación del área especial de quemadura con la indicación de injertos de piel.	34
Tabla 11. Se observa una mayor prevalencia de trastornos por uso de sustancias en el grupo de las quemaduras más severas con base en la profundidad.	36
Tabla 12. Costo promedio de la quemadura según agente causal	37

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Compromiso de área especial	25

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Consentimiento informado	47
Anexo B. Cuestionario de caracterización de la quemadura	49

RESUMEN

TITULO. PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL NORORIENTE COLOMBIANO*

AUTOR. MD. AUDREY JOSE MIRANDA DIAZ**

Palabras clave: Trastornos Relacionados con Alcohol, Trastorno Depresivo, Morbilidad psiquiátrica, Trauma

Resumen: Las quemaduras constituyen un problema de salud pública a nivel mundial considerándose uno de los traumas más incapacitantes que puede experimentar un ser humano, el cual puede estar asociado a morbilidad psiquiátrica. **Objetivos:** Establecer la prevalencia de problemas de salud mental en pacientes atendidos en la unidad de quemados del Hospital Universitario de Santander Materiales y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal, en pacientes quemados que ingresaron a la unidad de quemados del Hospital Universitario de Santander entre Febrero de 2016 a Enero de 2017 quienes se realizaron diagnóstico de la quemadura por parte de cirugía plástica, una entrevista diagnóstica estructurada para estudios genéticos versión 3.0 (DIGS), por un médico psiquiatra de enlace con entrenamiento en el instrumento. Además, se aplicaron la escala de locus de control de Rotter, la escala de despersonalización de Cambridge y un cuestionario de percepción de amenaza durante la quemadura. **Resultados:** Los agentes causantes de la quemadura que se encontraron con mayor frecuencia fueron líquido hirviente (38,9%) y por llamas (35,2%). La prevalencia de trastornos del estado de ánimo fue (24%), trastornos relacionados con sustancias fue 40,74% y Trastornos de ansiedad 32,25%. **Conclusiones:** Se presentó una mayor prevalencia de trastornos mentales en los pacientes quemados que en la población general, por lo cual es importante implementar medidas de tamizaje para depresión, ansiedad y consumo de sustancias psicoactivas al ingreso a la unidad de quemados, con el objeto de tratarlos oportunamente y prevenir su influencia negativa en el curso y pronóstico de la quemadura.

*Trabajo de grado

** Universidad Industrial de Santander, Facultad de Salud, Escuela de Medicina, Departamento de Cirugía, Especialización en Cirugía Plástica. Director: Alviar, JUAN DARIO. Md. Cirujano Plástico.

ABSTRACT

TÍTULO: PREVALENCE OF MENTAL HEALTH PROBLEMS IN PATIENTS SERVED AT THE BURN CENTER OF COLOMBIAN NORTHEAST*

AUTOR. MD. AUDREY JOSE MIRANDA DIAZ**

Keywords: Alcohol-Related Disorders, Depression, Psychiatric morbidity, Trauma.

Abstract: Burns is a public health problem worldwide considering one of the most disabling traumas that a human being can experience, which can be associated with psychiatric morbidity. Objectives: To establish the prevalence of mental health problems in patients treated in the burn unit of the University Hospital of Santander. Materials and methods: Descriptive cross-sectional study in burn patients admitted to the burn unit of the University Hospital of Santander between February from 2016 to January 2017 those who were diagnosed with the burn by plastic surgery, a structured diagnostic interview for genetic studies version 3.0 (DIGS), by a psychiatrist doctor with training in the instrument. In addition, the Rotter control locus scale, the Cambridge depersonalization scale, and a threat perception questionnaire during the burn were applied. Results: Burning agents that were found most frequently were boiling the liquid (38.9%) and flame (35.2%). The prevalence of mood disorders was (24%), substance-related disorders were 40.74% and Anxiety Disorders 32.25%. Conclusions: There was a higher prevalence of mental disorders in burn patients than in the general population, which is why it is important to implement screening measures for depression, anxiety and psychoactive substance consumption upon admission to the burn unit, in order to treat them timely and prevent their negative influence on the course and prognosis of the burn

*Degree Paper

** Universidad Industrial de Santander, Facultad de Salud, Escuela de Medicina, Departamento de Cirugía, Especialización en Cirugía Plástica. Director: Alviar, JUAN DARIO. Md. Cirujano Plástico.

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras constituyen un problema de salud pública a nivel mundial considerándose uno de los traumas más dolorosos, severos e incapacitantes que puede experimentar un ser humano (1). Las quemaduras son una de las principales causas de morbilidad, hospitalización prolongada y discapacidad y pueden llegar al punto de comprometer la vida. Se estima que anualmente el 1% de la población sufre una quemadura que requiere manejo médico, ocasionando alrededor de 180.000 muertes por año (2) (3). En Suramérica, y particularmente en Colombia, hay pocos estudios del perfil epidemiológico y clínico de las quemaduras. Un estudio retrospectivo realizado en el Hospital Universitario San Vicente de Paul de Medellín, reportó un total de 2.319 pacientes admitidos en su unidad de quemados desde 1994 hasta el 2004 (3).

Las quemaduras impactan en todos los aspectos de la vida de una persona como en su apariencia física, la autoestima, relaciones interpersonales y funcionamiento social. La medición de sus complicaciones y secuelas es compleja y debe hacerse de forma multidisciplinaria (4). Los trastorno mentales se han convertido en una de las complicaciones más prevalentes en los pacientes quemados, siendo los trastornos que se presentan con mayor frecuencia: depresión, estrés postraumático, ansiedad generalizada y consumo de sustancias psicoactivas, que pueden influir negativamente en la calidad de vida y pronóstico de la quemadura (5) (6).

Los avances médicos, la creación de centros especializados, el avance de técnicas quirúrgicas como el desbridamiento de forma temprana y el uso de injertos de piel o de sustitutos artificiales junto con protocolos y lineamientos en el tratamiento de las quemaduras, han generado un aumento considerable en las tasas de supervivencia en los pacientes expuestos a este tipo de traumatismo, lo

cual ha ocasionado que el nuevo desafío en la atención médica de estos pacientes se haya desplazado al complejo camino asociado a la reintegración a la comunidad, la imagen corporal y problemas de salud mental asociados al evento traumático (6,7).

Como se ha observado, los problemas de salud mental pueden influir en el curso y pronóstico de la quemadura, por lo cual es relevante establecer la prevalencia de los trastornos mentales en la población que atendemos. Esto nos permitirá establecer programas orientados a identificar tempranamente los factores asociados, promover las estrategias de afrontamiento y favorecer la adaptación y reintegro al ambiente familiar, social y laboral.

1. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos mentales en pacientes quemados tienen una influencia importante al momento de evaluar la rehabilitación e integración a la vida social. Múltiples estudios han reportado una prevalencia importante en este tipo de paciente y sus respectivas consideraciones e influencia que tienen estos para la recuperación del paciente. Teniendo en cuenta el desconocimiento de la epidemiología de la situación de salud mental en pacientes quemados y contar con una unidad de quemados con área de impacto se hace indispensable realizar un proyecto de investigación orientado hacia el manejo integral del paciente quemado incluyendo el diagnóstico de trastornos mentales. Además según los resultados del trabajo se podría proponer una ruta de manejo para la atención de los trastornos mentales en pacientes quemados debido a que no contamos con una en la actualidad.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de trastornos mentales en pacientes con lesiones por quemaduras atendidos en el E.S.E Hospital Universitario de Santander?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de trastornos mentales en pacientes con lesiones por quemadura atendidos en el E.S.E Hospital Universitario de Santander.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir los tipos de trastornos mentales en pacientes quemados.
2. Detallar las características clínicas de las quemaduras.
3. Especificar los factores de riesgo asociados a trastornos mentales en pacientes con lesiones por quemaduras en el E.S.E Hospital Universitario de Santander.
4. Establecer los antecedentes médicos personales y familiares de los pacientes.

4. MARCO TEÓRICO

La experiencia de sufrir una quemadura y el respectivo tratamiento que son sometidas las personas que sobreviven a ellas constituyen uno de los contextos más aterradores y dolorosos conocidos por el ser humano. Se definen las quemaduras como la destrucción de los tejidos, bajo el efecto de un agente térmico, eléctrico, químico o radioactivo y se estima que el 1% de la población mundial sufrirá una quemadura seria alguna vez a lo largo de la vida, sin embargo los casos tienden a disminuir gracias a las normas de seguridad implementadas en el lugar de trabajo y las campañas educativas.¹ Además el paradigma de tener como objetivo la supervivencia del paciente quemado paso a tener como prioridad mejorar sus condiciones de rehabilitación para lograr un óptimo reintegro a la vida social, laboral y familiar. Esta disminución de la mortalidad es debido al incremento de unidades de quemados, mejoría de protocolos de manejo, entrenamiento del personal de salud, disponibilidad de unidad de cuidados intensivos y banco de sangres además de equipos e insumos médicos de vanguardia. (1)

Las lesiones por quemaduras son de reporte frecuente y afectan a millones de persona en el mundo. Alrededor de 50 000 personas cada año son admitidas a centros hospitalario por esta causa en Estados unidos. (2) En Suramérica y particularmente en Colombia hay pocos estudios del perfil epidemiológico y clínico de las quemaduras, un estudio retrospectivo realizado en el Hospital Universitario San Vicente de Paul de Medellín, reporto un total de 2319 pacientes admitidos en su unidad de quemados desde 1994 hasta el 2004 donde el 66.3% fueron hombres, la edad promedio fue de 18 años, el agente etiológico más frecuente fue líquidos calientes (51.4%), seguido de las quemaduras causadas por llamas (33.7%) y el 31.3 % de los pacientes presentaron quemaduras con una extensión menor al 10 % del área de superficie corporal. (3) Se observó una disminución del promedio de estancia hospitalaria de 36.2 días en 1994 a 19.8 días en 2004, la

relación de la estancia fue directamente proporcional con la extensión de la quemadura, excepto en aquellos pacientes que presentaban un compromiso mayor al 60% del área de superficie corporal. También se evidencio un descenso en la tasa de mortalidad de 12.2% en el año 1994 a 4.6% en el año 2004, a pesar de que el promedio del área de superficie corporal comprometida en los fallecidos ascendió de 60.1% en el año 1994 a 70.5% en el año 2004. (1,2)

Las quemaduras impactan en todos los aspectos de la vida de una persona como en su apariencia estética, relación con otras personas y su funcionamiento social, psicológico y físico. (4) La medición de sus complicaciones y secuelas es compleja y debe hacerse de forma multidisciplinaria. (4) Dentro los objetivos en la rehabilitación del paciente quemados debe encontrarse la reincorporación a la sociedad y al trabajo; pero, hay múltiples desafío y barreras del individuo para alcanzar estas metas como cicatrices, contracturas, dolor, debilidad, apariencia y problemas psicológicos. (1)

Dentro de las complicaciones que pueden presentarse en este tipo de lesiones se encuentra los trastornos psiquiátricos los cuales son frecuentemente reportados siendo los trastornos depresivos y estrés postraumático con mayor prevalencia. Aunque también se han reportado trastorno de ansiedad generalizada y consumo de sustancias. Además se considera un importante factor pronóstico el cual va a influir negativamente en la calidad de vida de los pacientes quemados.

Aunque la evaluación de los trastornos mentales en pacientes quemados es compleja debido a que en la mayoría de los casos no se conocen o se omiten sus antecedentes psiquiátricos además no se realizan a través de entrevistas estructuradas o escalas estandarizadas.

Fauerbach y col., demostró en unos de los primeros estudios sobre trastornos mentales en quemados que la presencia de trastorno psiquiátrico previo a la

quemadura tiene un incremento del riesgo para trastornos mentales postquemaduras. Además el reporto otros factores predisponente como el género femenino, edad joven, bajo nivel educativo y rasgo de personalidad neurótica. (5)

Oster para el 2014 mostro una prevalencia de 57% de antecedente de trastornos psiquiátricos previa a la quemadura; donde los trastornos más frecuente fueron trastorno depresivo mayor o menor y dependencia o abuso al alcohol. Dentro de su estudio realizo un seguimiento a 12 meses donde evidencio como los síntomas depresivos ya sea mayores o menores eran los más representativos seguido de los síntomas de estrés postraumáticos, resultados similares a otras series como la de Palmu y Fauerbach. Además se mostró como la prevalencia de Trastornos mentales en pacientes quemados es mayor a la de la población en general (46%).

En este estudio se presentó una asociación entre la profundidad de las quemaduras y la presencia de trastorno depresivo mayor; aunque no se encontró una asociación entre la gravedad de la quemadura y la incidencia de trastornos mentales. (2)

En otros estudios además de evaluar los TM en estos pacientes se han aplicado escalas la valoración de calidad de vida. La calidad de vida según la definición de la OMS es la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses, y está a tomado un valor relevante para medir los resultados en los cuidado de la salud. Palmu et al., en su estudio en el 2011 un 55% de los pacientes presentaron por lo menos un TM en un seguimiento de 6 meses además encontró una relación importante entre la extensión de la quemadura y el riesgo de presentar un TM. Los pacientes quienes presentaron quemaduras en mano presentaron un puntaje pobre en la evaluación de la calidad de vida. (6-7)

Dister en el 2007 reporta en su estudio un 66% de prevalencia de algún trastorno mental en la evaluación inicial en paciente quemados siendo los más frecuentes el trastorno depresivo mayor (41%), abuso de alcohol o de sustancia (31%), fobia simple (16%) y trastorno de pánico (16%). Durante el seguimiento a 12 meses se presentó una ligera disminución de los TM con un porcentaje final de 52% siendo igualmente el Trastorno depresivo mayor (30%) y Abuso de alcohol o sustancia (18%) las más frecuentes. (8)

Los problemas de salud mental tienen un gran impacto en el desarrollo de la vida diaria y capacidades funcionales; con esta consideración radica la importancia de realizar estudios donde evalúen estos trastornos, el valor que presenta en el pronóstico de la recuperación del paciente y plantear estrategias para prevención y manejo de los TM en pacientes quemados. (2)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 DISEÑO

Estudio descriptivo de corte transversal

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

El estudio se realizó en el Hospital Universitario de Santander, la única institución del nororiente colombiano que cuenta con una unidad especializada de quemados. Teniendo en cuenta una prevalencia de 54% para síntomas depresivos, determinada en el primer mes después de la quemadura con el inventario para depresión de BECK (Wiechman SA, et al. J Burn Care Rehabil. 2001), un nivel de confiabilidad del 95%, un poder del 80%, error alfa del 5% y una probabilidad de pérdidas del 10%, se calculó una muestra 43 pacientes quemados.

5.3 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los pacientes candidatos a ser incluidos en el estudio fueron valorados por tres médicos especialistas en cirugía plástica (el especialista asignado al servicio de urgencias, el jefe del servicio de la unidad de quemados y uno de los investigadores del proyecto). Cada uno de estos especialistas realizó una evaluación clínica independiente de la severidad de la quemadura, usando la Clasificación de Converse-Smith para interpretar la escala de profundidad de la quemadura, así como el porcentaje de superficie corporal basado en la Escala de Wallace. Si se presentaba coincidencia entre los tres sobre el diagnóstico de quemadura moderada a severa, los pacientes eran invitados a participar en el

estudio. Además, debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión: ser mayor o igual a 18 años, no presentar alteraciones del estado de consciencia y no tener antecedentes de discapacidad cognitiva o trastorno neurocognitivo mayor.

Posteriormente, se aplicaba la entrevista diagnóstica estructurada para estudios genéticos versión 3.0 (DIGS por sus siglas en inglés), previamente validada en población colombiana (Palacio et al. 2004), por un médico psiquiatra de enlace con entrenamiento en el instrumento. Además, se aplicaron la escala de locus de control de Rotter y la escala de despersonalización de Cambridge. Finalmente se realizó un cuestionario para evaluar la percepción de amenaza durante la quemadura.

5.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables cualitativas se describieron a través de proporciones y las variables continuas usando medias y sus correspondientes desviaciones estándar. Adicionalmente, se exploró la distribución de algunas características clínicas, especialmente los problemas de salud mental, por severidad de la quemadura, compromiso de área especial, extensión de la quemadura y agente causal. Se utilizó la prueba de chi cuadrado para establecer las diferencias entre los grupos comparados. Se consideró estadísticamente significativa a un nivel de 0,05.

5.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación científica (CEINCI) de la Universidad Industrial de Santander.

6. RESULTADOS

En total se evaluaron 55 pacientes en el periodo comprendido entre febrero de 2016 a enero de 2017, de los cuales 54 cumplieron con los criterios de inclusión (Un paciente se excluyó por presentar demencia). A cada uno de ellos se les explicó en qué consistía el proyecto por uno de los miembros del grupo de investigación y posteriormente firmaron el consentimiento informado.

6.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

De los pacientes que participaron en el estudio, 24 procedían del Área Metropolitana de Bucaramanga, 19 de otros municipios del Departamento de Santander y 11 de otras ciudades de Colombia. El 51,9% fueron mujeres y el 48,1% hombres. La edad media fue 32,2 años (Desviación Estándar-DE: 11,8). La mayoría de los evaluados creían en Dios y el 64,8% se identificaban con la religión católica. En cuanto a su estado civil actual, 20 vivían en unión libre, 8 estaban casados, 7 se habían separado, una paciente era viuda y los 18 restantes eran solteros. El 39% de los encuestados reportaron tener entre 1 y 2 hijos, el 28% no tenían descendencia y los restantes tenían más de tres hijos. La mayoría de los pacientes vivían con su grupo primario de apoyo o su familia extensa en un 46,3% y 32%, respectivamente. Los restantes vivían solos o compartiendo casa con amigos.

En relación a su nivel académico, un poco más de la mitad, 33 pacientes (61,1%) culminaron la educación media secundaria, de los cuales 3 completaron estudios técnicos y uno carrera profesional. En cuanto a la actividad laboral, 18 eran amas de casa, 12 tenían ocupaciones técnicas o de apoyo administrativo, 10 se

dedicaban a actividades agrícolas, cuatro eran operarios, uno era estudiante y dos pensionados.

6.2 CARACTERÍSTICAS DE LAS QUEMADURAS

Los agentes causantes de la quemadura que se encontraron con mayor frecuencia fueron: líquido hirviendo en un 38,9% (21) y quemadura por llamas en el 35,2% (19), como se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Agente causal

Agente Causal	Porcentaje
Líquido hirviendo	38,9%
Llamas	35,2%
Electricidad	9,3%
Superficie caliente	5,6%
Fricción	3,7%
Vapor	1,9%
Química	1,9%
Pólvora	1,9%
Fogonazo	1,9%

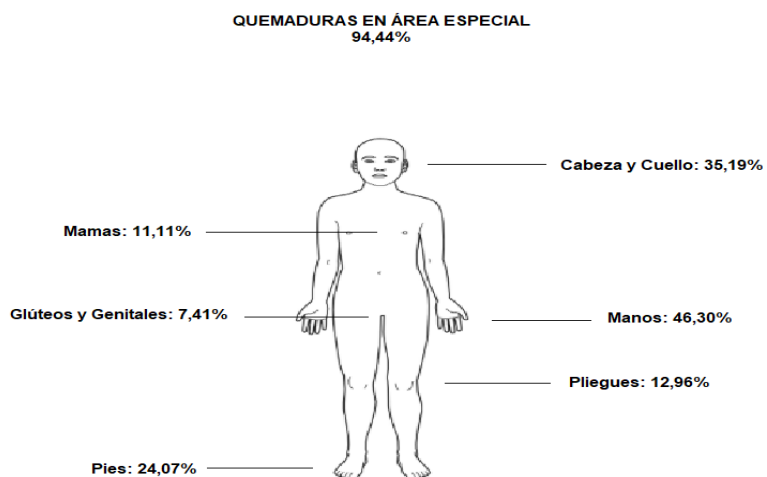
Con base en la clasificación de la quemadura, por extensión de la superficie corporal total, se observó que la mayoría se encontraban en un rango entre 1% y 15%, y muy pocas superaron el 45%.

Tabla 2. Caracterización quemadura

Extensión de la quemadura	Porcentaje
1-15%	81,4%
16-30%	14,8%
31-45%	0,0%
>45%	3,7%

Como se puede observar en la Figura 1, la mayoría de los pacientes evaluados (94,4%) presentaron quemadura en un área especial, siendo el área con mayor frecuencia de compromiso las manos con un 46,3%. (25).

Figura 1. Compromiso de área especial



6.3 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

La estancia hospitalaria promedio fue de 25,5 días (DE: 15,7) y solamente un 3,7% de los pacientes requirieron atención en unidad de cuidados intensivos (UCI). Los procedimientos que requieren los pacientes quemados se resumen en la Tabla 3.

Tabla 3. Intervenciones quirúrgicas en la Unidad de Quemados

PROCEDIMIENTO	DETALLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Injerto de piel (n=28, 51,9%)	Un tiempo quirúrgico	23	42,6%
	Dos tiempos quirúrgicos	3	5,6%
	Tres tiempos quirúrgicos	2	3,7%
Fasciotomía		3	5,7%
Escarectomía (n = 14 25,9%)	Una escarectomía	9	16,7%
	Dos escarectomías	3	5,6%
	Tres escarectomías	2	3,7%
Colgajos		1	1,9%

6.4 PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

6.4.1 Trastornos del afecto. De los 54 pacientes encuestados, 15 (27,8%) habían presentado síntomas depresivos. Entre ellos, 11 reunían criterios de un episodio depresivo mayor y de estos el 40% habían experimentado síntomas afectivos en los últimos 30 días. La media de la edad en que se presentó el episodio depresivo más grave fué a los 25 años y en promedio duró 30 semanas. El 28,6% de los pacientes reportaron que los síntomas eran más intensos en la mañana, el 35,7% en la tarde y el 35,7% no encontraban diferencia en el transcurso del día. Solo cuatro pacientes buscaron ayuda de un médico y a dos les prescribieron medicamentos.

Tabla 4. Frecuencia de síntomas depresivos en los pacientes quemados

EXPRESIONES SINTOMÁTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Anhedonia	13	24,1%
Insomnio	13	24,1%
Anergia	10	18,5%
Hiporexia	10	18,5%
Ideas de minusvalía	10	18,5%
Ideas de culpa	9	16,6%
Dificultad para concentrarse o tomar decisiones	9	16,6%
Ideas recurrentes de muerte	9	16,6%
Inquietud motora	8	14,2%
Percepción de enlentecimiento	7	13,0%
Conductas autolíticas	3	5,5%

Ninguno de los participantes en el estudio presentó elementos psicopatológicos de hipomanía o manía para considerar el diagnóstico de trastorno bipolar.

6.4.2 Trastorno por uso de sustancias psicoactivas.

- **Alcohol**

En relación al consumo de sustancias psicoactivas, el alcohol fue la sustancia más usada, el 96,1% (49) habían ingerido una bebida alcohólica alguna vez en su vida y el 81,5% se habían embriagado, reportando un promedio de 21 tragos consumidos en un periodo de 24 horas, y el 33,3% (18) habían adquirido un patrón de consumo semanal de licor durante un periodo de 6 meses y Finalmente el 35,2% (19) reunían criterios para un trastorno por uso de alcohol (abuso o dependencia) con una edad promedio de 26 años.

Al aplicar el cuestionario CAGE para alcohol a los pacientes que habían reportado haberse embriagado alguna vez en la vida, el 63,6% (28) reportaron que alguna vez habían considerado reducir la bebida, y el 18,5% (5) se dió cuenta que no podía lograrlo. El 59,1% (26) manifestaron que los habían criticado por su forma de beber, el 65,91% (29) alguna vez habían experimentado culpa por haber bebido y finalmente 27,3% (12) manifestaron que en alguna oportunidad habían ingerido licor en las primeras horas de la mañana para “mejorar sus nervios” o “quitarse el guayabo”.

Tabla 5. Síntomas en pacientes con trastorno por consumo de alcohol

PACIENTES CON TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL (n=19 - 35,18%)		
Síntoma	N° de paciente	Porcentaje
Manifestaron haber bebido de forma continua y desaforada por un par de días o más sin volver a la sobriedad	16	84,2%
Continuó consumiendo alcohol pese a haberse prometido que no lo haría	13	68,4%
Manifestaron que pasaban gran parte de su tiempo ingiriendo licor o recuperándose de sus efectos interfiriendo con cualquier otra actividad	12	63,2%
No suspendió el consumo a pesar de saber que el alcohol le había causado problemas en el trabajo, con la familia y/o amigos, o involucrarse en riñas	10	52,6%
Presentaron tolerancia manifestando que ya no tenían el mismo efecto y requerían ingerir más alcohol para embriagarse	16	84,2%
Se habían impuesto reglas para controlar la bebida	7	36,8%
Habían reducido sus actividades deportivas o lúdicas a causa de la bebida	8	42,5%
Conducir en estado de embriaguez y uno de ellos fue arrestado por este motivo	6	31,6%
Estar bajo los efectos de alcohol en situaciones riesgosas	6	31,6%
Dejar de asistir al trabajo a causa del “guayabo”	10	52,6%
Reportaron “lagunas mentales” en las que no recordaba las cosas que dijo o hizo mientras estaba tomando	11	57,8%
Presencia de más de tres síntomas de abstinencia y requirieron ingerir alcohol al día siguiente para “aliviar” los síntomas.	8	42,1%

Tabla 6. Frecuencia de los síntomas de abstinencia

Síntomas reportados al suspender el consumo	Frecuencia
Síntomas Gastrointestinales	63,2%
Cefalea	63,2%
Debilidad muscular	57,9%
Diaforesis	42,1%
Palpitaciones	42,1%
Insomnio	26,3%
Irritabilidad o ansiedad	21,1%
Temblor en las manos	15,8%

Finalmente sólo tres pacientes asistieron a Alcohólicos Anónimos y ninguno buscó ayuda profesional.

- **Tabaco**

El tabaco es la segunda sustancia psicoactiva de mayor consumo en la muestra de estudio, el 40,7% (22) utilizó tabaco alguna vez en la vida, la edad promedio de inicio del consumo fué de **18 años** y once de los fumadores llegó a usarlo diariamente. El 54,3% fuma actualmente, con una mediana de 10 cigarrillos al día, patrón que se mantiene durante 20 meses en promedio, periodo durante el cual ocho de los pacientes reportaron que fumaban el primer cigarrillo en los 30 minutos siguientes a despertar, siete de ellos manifestaron que ese era el cigarrillo más difícil de dejar, e incluso continuaban fumando estando enfermos, seis habían dejado de hacer actividades lúdicas, deportivas o familiares porque allí no se podía fumar, cuatro tenía dificultades para no fumar en sitios donde era prohibido o riesgoso hacerlo, fumaban más de lo que pretendían y a menudo habían deseado dejar de fumar, y tres de estos lo habían intentado más de dos veces. En resumen cinco pacientes reunían criterios de un trastorno por dependencia a nicotina, la edad promedio cuando se presentó el trastorno fue de 18,8 años.

- **Cannabinoideos**

El 18,5% (10) de los pacientes quemados comunicaron que habían consumido cannabis alguna vez en la vida, de los cuales siete habían consumido por lo menos 21 veces en un año y el periodo más largo en el que consumían casi todos los días, en promedio fue de 102 días, seis gastaban gran parte de su tiempo consumiendo marihuana o bajo sus efectos y habían sido recriminados por este comportamiento, cinco usaban marihuana en mayor cantidad a la que pretendían y se habían expuesto a situaciones en las cuales el consumo incrementaba el riesgo de hacerse daño, cuatro habían incrementado la cantidad de marihuana que consumían para obtener el mismo efecto, habían reducido notablemente sus espacios de socialización con amigos y familiares, se encontraban la mayor parte del día bajo los efectos de la sustancia en el estudio trabajo u hogar, tres habían intentado dejarla, dos se habían dado cuenta que no eran capaces y uno de ellos manifestó síntomas somáticos cuando la suspendía. En resumen, seis (11,1%) pacientes presentaban un trastorno por dependencia a los cannabinoides y la edad promedio de inicio fue 16,8 años.

6.4.3 Trastornos relacionados con traumas. Tres pacientes presentaron reacción al estrés agudo y dos trastorno adaptativo desencadenado por las condiciones socioeconómicas.

6.4.4 Otros trastornos mentales. De los pacientes evaluados ninguno reportó síntomas del espectro psicótico u obsesivo compulsivo.

El 9,3% (5) de los pacientes reportaron ataques de pánico, en cuatro pasó más de una vez, tres manifestaron sentir miedo de presentar otro episodio similar y modificaron su comportamiento reuniendo criterios de trastorno de pánico, dos de ellos buscaron ayuda profesional y recibieron tratamiento farmacológico.

En relación a otros trastornos de ansiedad uno de los pacientes presentaba agorafobia, uno ansiedad social, y 11 fobias específicas.

De las 28 mujeres evaluadas, 24 habían estado alguna vez en embarazo, 8 tuvieron algún problema emocional durante este periodo y 3 perdieron la gestación. El 35,7% manifestaron cambios en el estado de ánimo durante el periodo menstrual, y el 10,7% se encontraban en la menopausia. Sin reunir criterios de trastorno disfunción menstrual.

6.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO BIVARIADO

Para realizar el análisis bivariado entre los resultados se simplificaron algunas variables como la profundidad de quemaduras que se dividió en dos grupos, un primer grupo donde se encuentra las quemaduras grado II intermedia y grado II intermedia-profunda; y un segundo grupo con las quemaduras Grado II profunda, Grado II profunda - Grado III y Grado III; considerándose las quemaduras del Grupo 1 de menor severidad con respecto al Grupo 2.

Al comparar los dos grupos en que se agruparon los paciente con base en la profundidad de la quemadura, no se encontró relación con el agente causal que fuera estadísticamente significativa ($p: 0,266$).

Tabla 7. Relación del agente causal con la profundidad de la quemadura

AGENTE CAUSAL	GRUPO 1	GRUPO 2
Líquido Hirviendo	13	8
Llamas	9	10
Eléctrica	1	4
Superficie Caliente	0	3
Fricción	1	1
Vapor	0	1
Química	0	1
Pólvora	1	0
Fogonazo	1	0

La estancia hospitalaria en pacientes con quemaduras en áreas especiales fue mayor, con una duración promedio de 25.6 días (DE:15,7 días), comparado con aquellos que no habían tenido compromiso de área especial con una internación promedio 22 días (DE: 17,7). Siendo aquellos que tenían quemadura de genitales y glúteos los que tuvieron la estancia más prolongada con un promedio de 36 días (DE: 28,17). Al comparar la extensión de la superficie corporal con los días de estancia hospitalaria; se observó que los pacientes con quemaduras entre 1% al 15% estuvieron internados 21 días (DE: 10.5), entre 16% al 30% fue 38.6 días (DE:15.5) y entre 46% al 50% fue 71 días (DE: 11.3), sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Tabla 8. Relación del compromiso de area especial con la duración de la hospitalización.

Área especial	Promedio de estancia hospitalaria	Desviación Estándar
Cabeza y cuello	24,7 días	-
Manos	30,4 días	19,2
Pies	32,6 días	18,2
Pliegues	32,5 días	28,17
Genitales/ Glúteos	36 días	28,17
Mamas	20,1 días	10,7
Promedio	25,6 días	15,7

Cuando se analizó la severidad de la quemadura con base en la extensión de la SCT y grado de profundidad de manera independiente con el tipo de procedimiento quirúrgico que requirió durante la hospitalización, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. La mitad de los pacientes quemados requirieron injerto de piel, y en la mayoría de los casos solo fue necesario un tiempo quirúrgico.

Tabla 9. Relación de la extensión de la quemadura con la indicación de injertos de piel.

SCT 1- 15%	SCT 16 - 30%	SCT 46- 60 %	#total de injertos
19	6	2	27 (50,8%)
18 con un tiempo 1 con dos tiempos	5 con un tiempo 1 con dos tiempos	1 con dos tiempo 2 con tres tiempos	

La mayoría de los injertos de piel se realizaron en los pacientes que presentaron quemadura en las manos o pies.

Tabla 10. Relación del área especial de quemadura con la indicación de injertos de piel.

Mano	Pie	Pliegues	Genitales	mamas	# total de injertos
10	10	2	2	2	26
8 un tiempo 1 dos tiempos 1 tres tiempos	9 un tiempo 1 dos tiempos	2 un tiempo	1 un tiempo 1 tres tiempos	2 un tiempo	

6.5.1 Percepción de amenaza durante la quemadura. Se elaboró un cuestionario para evaluar la percepción de amenaza que experimentaban los pacientes durante la quemadura. Al indagar si había tenido algún tipo de advertencia antes de la quemadura, el 22,2% de los pacientes respondieron afirmativamente, seis en quienes el agente causal fueron las llamas, cuatro quemaduras eléctricas y dos líquidos hirvientes. Cuando se preguntó por la sensación de control que percibían para hacer que se detuviera lo que estaba ocurriendo, 26 pacientes (48,2%) manifestaron que no tienen ningún control de la situación, 19 (35,1%) que era parcialmente controlable, haciendo referencia a que podían correr para alejarse del lugar, y 9 (16,6%) que lo podían controlar, y la mayoría de estos fueron 7 pacientes (13,1%) que sufrieron la quemadura por líquido hirviendo en el lugar de residencia. Otra de las preguntas que se formuló, fue si pensaron que iban a morir durante la quemadura, 17 pacientes (31,4%) respondieron afirmativamente, 11 de los cuales habían presentado quemadura por llamas, 3 por líquido hirviente y 3 por electricidad, presentando diferencia estadísticamente significativa entre pacientes por llamas y líquido hirviente ($p=0,004$), pero no entre llamas y quemaduras eléctricas ($p=0,932$), ni líquido hirviente y eléctricas ($p=0,029$).

6.5.2 Escala de Despersonalización de Cambridge. Ninguno de los pacientes alcanzó el punto de corte para considerar un trastorno disociativo evaluado con la escala de despersonalización de Cambridge (EDC), el promedio fue 9,7 puntos, por lo cual se consideró comparar el promedio de la puntuación con las

características de la quemadura. Al relacionar con la profundidad, los pacientes agrupados en el grupo 1 puntuaron 8,7 puntos (DE: 10,8) y aquellos del Grupo 2 10,6 puntos (DE: 12,5), sin diferencia estadísticamente significativas (P: 0.727). Ahora bien con respecto a la severidad de la quemadura según su extensión los pacientes con quemaduras que se encontraba entre el 1% el 15% SCT puntuaron 10 puntos (DE: 11,8), entre 16% al 30% SCT en 10,3 puntos (DE: 12,0) y mayor 45% SCT en 1 punto (DE: 1,4) en promedio. Con respecto al área especial comprometida, los que se habían quemado los pies puntuaron más alto con 21,2 puntos (DE: 12), seguido por quienes se habían quemado las manos 7,1 puntos (DE: 9,4), mamas con 5,8 puntos (DE: 12,4), genitales con 5,5 puntos (DE: 6,5) y pliegues con 5,4 puntos (DE: 7,8).

Cuando se analizó el puntaje de la EDC con los trastornos mentales de mayor prevalencia identificados en los pacientes quemados, como el trastorno depresivo mayor, el trastorno por uso de alcohol, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

6.5.3 Escala de Locus de Control. En el análisis del locus de control se encontró 19,8% (11) pacientes presentaron locus de control externo (LCE) y un 77,4% (43) locus de control interno (LCI). Los pacientes con LCI tuvieron 8,8 puntos en promedio (DE: 1,7) en la EDC y los pacientes con LCE 13,1 puntos en promedio (DE: 3,6) en la EDC, sin diferencia estadísticamente significativa (p: 0,861)

También se analizó la relación entre el tipo de locus de control, la severidad de la quemadura según su profundidad y el puntaje promedio en la EDC donde pacientes con LCI y quemaduras dentro del grupo 1 tuvieron 6,3 puntos (DE: 9,1) en la EDC, pacientes con LCI y quemaduras dentro del grupo 2 con 11,2 puntos (DE: 13,1) en la EDC, paciente con LCE y quemaduras dentro del grupo 1 con 18,6 puntos (DE: 12,8) en la EDC; y pacientes con LCE y quemaduras del grupo 2

con 8,6 puntos promedio (DE: 10,6) en la EDC. Aunque se observa que los pacientes con locus de control externo y quemaduras del grupo 1 presentaron mayores puntajes en EDC, los resultados no fueron estadísticamente significativos.

6.5.4 Trastornos mentales y quemadura. Al comparar la prevalencia de los trastornos mentales en los dos grupos en los que se había clasificado teniendo en cuenta la profundidad de la quemadura se observa una mayor prevalencia de trastorno por uso de sustancia psicoactivas en el grupo 2 donde se encuentran los pacientes con quemaduras más severas como se observa en la tabla 10.

Tabla 11. Se observa una mayor prevalencia de trastornos por uso de sustancias en el grupo de las quemaduras más severas con base en la profundidad.

Trastorno de salud mental	GRUPO 1	GRUPO 2
Depresión	9,4% (5)	11,2% (6)
Trastorno de ansiedad	16,9% (9)	16,9% (9)
Trastorno por uso de sustancias	15,0% (8)	26,3% (14)

Se comparó la puntuación en la EDC de los paciente con locus de control externo en los diferentes trastornos psiquiátricos, notando que los paciente con LCE y Trastorno Depresivo Mayor, tenían una puntuación mayor que aquellos con LCE y trastorno de ansiedad o trastornos por uso de sustancias, siendo esta última estadísticamente significativa (p: 0,015).

Al relacionar los trastornos psiquiátricos y la severidad de la quemadura según su profundidad con el puntaje obtenido en la EDC se observó que los pacientes con trastornos por uso de sustancias psicoactivas con quemaduras del grupo 1 tuvieron una puntuación 3.12 puntos (DE: 4,0) que era menor a la obtenida en el grupo 2 que fue de 11,4 puntos (DE:13,6), pero sin que la diferencia fuera estadísticamente significativa. Al comparar pacientes con trastorno por abuso de

sustancias psicoactivas con quemaduras del grupo 2 presentaron mayor puntaje promedio comparado con paciente sin trastornos por abuso de sustancias psicoactivas con quemaduras del grupo 2 pero tampoco presentó una diferencia estadística (p: 0,3901).

6.5.5 Costos de la quemadura. Se obtuvo la información de facturación del HUS de la hospitalización de los 54 pacientes que hicieron parte del estudio, están en moneda corriente del año 2016, periodo en el que se tomó la muestra. Se tuvo en cuenta todos los costos en los cuales se incurrió durante la estancia hospitalaria. En total se gastaron \$ 1.221.001.222 lo que evidencia un promedio de \$ 22.200.022 de pesos por paciente. En la tabla 8 se muestran los costos promedio para cada agente causal.

Tabla 12. Costo promedio de la quemadura según agente causal

AGENTE CAUSAL	COSTO PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA
Llamas	\$ 28.609.884
Líquido Hirviente	\$ 19.021.784
Vapor	\$ 10.815.086
Electricidad	\$ 28.829.339
Química	\$ 22.059.382
Superficie Caliente	\$ 17.299.316
Pólvora	\$ 5.206.847
Fogonazo	\$ 12.545.469
Fricción	\$ 15.642.267

A pesar de la poca cantidad de datos, se consideró que los datos tenían una distribución normal y se realizó prueba t-student para determinar igualdad de medias con los trastornos mentales y requerimientos de procedimiento quirúrgico con los costos de las estancias hospitalarias, encontrando que:

- En los pacientes con problemas relacionados con consumo de sustancias psicoactivas (Alcohol, Tabaco o cannabis) la media de los costos de hospitalización fue de \$ 24.848.974 mientras que la de no consumidores se reportó en \$ 20.820.861, superando en 16,3% el valor de los servicios requeridos durante la estancia hospitalaria.
- En los pacientes quemados que requieren injertos de piel la media de costos fue de \$ 31.931.027, mientras que los que no requirieron injertos \$ 12.268363, aumentando la media de costos en \$ 19.662.663 millones de pesos. Sumado a esto las escarectomías presentaron una media de \$ 39.782.217 mientras que en los que no se requirió se gastó \$ 16.600.554, siendo la diferencia encontrada en ambos casos estadísticamente significativa ($p=0,000013$ para injertos y $p=0,004$ para escarectomias).

De igual modo, se analizó comparativamente las medias de los pacientes con trastornos mentales en relación con el número de días de estancia hospitalaria, en donde no se evidencia diferencia estadística entre la cantidad de días requeridos por una persona que presenta problemas de salud mental frente al grupo que no presenta.

7. DISCUSIÓN

En los trabajos realizados sobre estudios de trastorno mentales en quemados se ha encontrado una edad media entre 42 a 47 años y el género masculino ha sido el mayormente afectado; estas edades promedio son mayores comparada con nuestro estudio de 32,2 (2,6-11) y además evidenciamos al género femenino con una ligera mayor prevalencia de quemaduras.

El tipo de agente causal que muestra mayor prevalencia en la literatura es la quemadura por llamas entre 56,8% a 76%, seguido de quemaduras por líquido hirviente 14% a 23,9%; en nuestro trabajo esta relación se invierte teniendo a la quemadura por líquido hirviente en primer lugar seguido por la quemadura por llamas (6-11).

En iberoamérica un estudio reportado sobre trastornos mentales en pacientes quemados realizado por Vera et al, donde las quemaduras por llamas tuvieron una mayor prevalencia seguida por las quemaduras por líquido hirviente. Presentaban una media de extensión de quemadura del 20.1% SCT. Adicionalmente especificaron las áreas comprometidas como manos con 59.6%, región facial 54.4% y genitales 14%. En un 77.2% fue necesario una intervención quirúrgica y 89.5% una amputación, falleciendo 10.5% pacientes. Dentro de los antecedentes psiquiátrico un 33.5% presentaban algún antecedente psiquiátrico; distribuidos de la siguiente forma 6 con trastorno de ansiedad o del estado de ánimo, 6 con trastornos relacionados al consumo de sustancia, 3 con trastornos de la personalidad, 3 con esquizofrenias o trastornos psicóticos, 2 con déficit de atención e hiperactividad y 1 con retraso mental. El 26.4% había necesitado psicoterapia y un 15.8% de los casos fue posible establecer una relación causal entre los antecedentes psiquiátricos y la quemaduras (11).

En varios trabajos se evaluó el área anatómica comprometida siendo la más frecuente mano 42% a 52%, cara con 37% a 48%, articulación mayor con 44% y genitales 7,6%, valores similares a nuestro estudio pero no se encontró relación de estas variables con la estancia hospitalaria (6-10).

La forma de evaluar la severidad de la quemadura varía en los diferentes estudios entre extensión o profundidad de la quemadura, siendo más frecuente la variable de extensión de quemadura. En nuestro estudio se incluyeron ambas variables. En la literatura, la extensión de la quemadura promedio está entre 9,7% y 24,6% (7,9,10), en nuestro estudio el promedio fue de 11,4%. En este trabajo la media de los días de estancia hospitalaria estuvo dentro de los rangos reportados en la literatura de 15 a 27 días. En los estudios revisados se ha encontrado hasta un 62% de pacientes que son llevados a algún procedimiento quirúrgico durante su hospitalización con una media de número de cirugías de 1,5 por paciente (8,10), datos similares a lo encontrado en nuestro estudio. Estos resultados similares en las variables de porcentaje de procedimientos quirúrgicos y días de hospitalización pueden entenderse por la implementación de un protocolo actualizado de manejo de quemados en la institución que permite ofrecer intervenciones con la mayor evidencia en la literatura científica y obtener resultados comparables con respecto a instituciones de alto reconocimiento en otras latitudes.

La prevalencia de morbilidad psiquiátrica en pacientes quemados se ha informado que varía entre el 28% y el 75% (12,13). Aquellos que han sido reportados con mayor frecuencia previo a la quemadura en la literatura científica, son los trastornos depresivos entre 16,6% al 52%, seguido por trastornos por abuso de sustancias entre 8,9% a 27% y ansiedad entre 15,3% al 19%, cuya prevalencia es notablemente mayor comparado con la población general (6-10). La prevalencia en nuestro estudio para el trastorno por abuso o dependencia de alcohol fue mayor al reportado en el estudio de Palmu et al,(9) con 22,8%, pero similar, al estudio de Fauerbach et al., que estimó una prevalencia de 41,1%. Nos llamó la

atención que en nuestro estudio no se presentó ningún paciente con trastorno psicótico, dado que otros trabajos, como el de Hudson et al, reportaron una prevalencia de esquizofrenia de 21% en pacientes que habían sufrido quemadura. (8)

Es importante recalcar que si bien los pacientes calificaron la quemadura como un evento traumático, hay pocos estudios que describen la presencia de expresiones sintomáticas peritraumáticas, como por ejemplo: los síntomas disociativos, que suelen estar presentes en los relatos de pacientes que han sido expuestos a vivencias que le resultan abrumadoras como podría ser el caso de haberse quemado.

Se ha observado que los rasgos de personalidad como el alto neuroticismo y la alta extroversión predisponen a la exposición al trauma, y los individuos afectados por quemaduras presentan tales rasgos de personalidad (14,15). Aunque en nuestro estudio no aplicamos un instrumento para evaluar los rasgos de personalidad, se ha reportado en la literatura que los paciente con ansiedad y depresión tienen altos niveles de neuroticismo, y aquellos con conductas adictivas son impulsivos, por lo que podríamos inferir que una proporción de nuestros pacientes quemados que tenían comorbilidad psiquiátrica, podrían tener estos rasgos de personalidad y ser vulnerables a exponerse a situaciones de riesgo como causa de la lesión por quemadura. (16-18) Otro hallazgo que nos lleva a considerar esta hipótesis, es que los paciente con trastorno por uso de sustancias eran aquellos que presentaban las quemaduras más severas.

8. CONCLUSIONES

Se evidenció una mayor prevalencia de trastornos mentales en los pacientes quemados que en la población general, por lo cual es importante implementar medidas de tamizaje para depresión, ansiedad y consumo de sustancias psicoactivas al ingreso a la unidad de quemados, con el objeto de tratarlos oportunamente y prevenir su influencia negativa en el curso y pronóstico de la quemadura. Sin embargo la presencia de un trastorno mental no se relacionó en nuestro estudio con un incremento de la estancia hospitalaria, pero sí con un incremento de los costos cuando los pacientes tenían un trastorno por uso de sustancias, que está relacionado con las asociación a quemaduras más severas que requirieron intervenciones quirúrgicas como injertos de piel y escarectomía.

Se aprecia que la mayoría de los pacientes percibieron que su vida se encontraba en peligro durante la quemadura principalmente cuando el agente causal fue por llamas, calificando la experiencia como traumática, por lo cual es importante instaurar intervenciones psicoterapéuticas tempranas, por el riesgo que tienen los pacientes de presentar posteriormente un trastorno de estrés postraumático.

La mayoría de las personas que presentaron quemaduras no se percataron de una señal de advertencia antes del incidente, por lo cual es importante señalar áreas donde se incrementa el riesgo de presentar quemaduras, incluso en la residencia dado que una proporción importante de las quemaduras se presentaron con líquido hirviendo en el domicilio de los pacientes.

La severidad de la quemadura y el compromiso de áreas especiales son las principales variables que se asociaron con un mayor número procedimientos quirúrgicos, así como la prolongación de la estancia hospitalaria, que repercutieron en el incremento de los costos de la atención sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

Breslau N, Davis GC, Andreski P. Risk factors for PTSD-related traumatic events: a prospective analysis. *Am J Psychiatry*. 1995; 152:529 –535

Brezel B, Kassenbrock J, Stein J. Burns in substance abusers and in neurologically and mentally impaired patients. *J Burn Care Rehabil*. 1988;9:169 – 171.

Davidson T, Brown L. Self-inflicted burns: a 5-year retrospective study. *Burns Incl Therm Inj*. 1985;11:157–160.

Dyster-Aas J, Willebrand M, Wikehult B, Gerdin B, Ekselius L. Major depression and posttraumatic stress disorder symptoms following severe burn injury in relation to lifetime psychiatric morbidity. *J Trauma*. 2008;64(5):1349-56. doi: 10.1097/TA.0b013e318047e005.

Falder S, Browne A, Edgar D, Staples E, Fong J. Core outcomes for adult burn survivors: A clinical overview. *Burns* 2009;35:618 – 641.

Fauerbach JA, Lawrence J, Haythornthwaite J, Richter D, McGuire M, Schmidt C, et al. Preburn psychiatric history affects posttrauma morbidity. *Psychosomatics* 1997;38:374–85.

Hoyos MA, Jaramillo NC, Molina ME. Epidemiological and Clinical profile of burn victims Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, 1994-2004. *Burns* 2006;32:1044–1051.

Hudson A, Al Youha S, Samargandi O, Paletz J. Pre-existing psychiatric disorder in the burn patient is associated with worse outcomes. *Burns*. 2017 Aug;43(5):973-982. doi: 10.1016/j.burns.2017.01.022.

Khan AA, Jacobson KC, Gardner CO, Prescott CA, Kendler KS. Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *Br J Psychiatry*. 2005;186:190–196.

Logsetty S, Shamlou A, Gawaziuk J, March J, Doupe M, Chateau D, et al. Mental health outcomes of burn: A longitudinal population-based study of adults hospitalized for burns. *Burns*. 2016;42(4):738-44. doi: 10.1016/j.burns.2016.03.006.

Mason S, Esselman P, Fraser R, Schomer K, Truitt A, Johnson K. Return to Work After Burn Injury: A Systematic Review. *J Burn Care Res* 2012;33:101–109.

Noyes R Jr, Frye SJ, Slymen DJ, Canter A. Stressful life events and burn injuries. *J Trauma*. 1979;19:141–144.

Oster C, Sveen J. The psychiatric sequelae of burn injury. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(5):516-22. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2014.05.003.

Palmu R, Partonen T, Suominen K, Saarni S, Vuola J, Isometsä E. Health-related quality of life 6 months after burns among hospitalized patients: Predictive importance of mental disorders and burn severity. *Burns*. 2015 Jun;41(4):742-8. doi: 10.1016/j.burns.2014.11.006.

Rockwell E, Dimsdale JE, Carroll W, Hansbrough J. Preexisting psychiatric disorders in burn patients. *J Burn Care Rehabil*. 1988; 9:83– 86.

Ter Smitten MH, de Graaf R, Van Loey NE. Prevalence and co-morbidity of psychiatric disorders 1-4 years after burn. *Burns*. 2011 Aug;37(5):753-61. doi: 10.1016/j.burns.2010.12.018.

Van Loey NE, Van Son MJ. Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol*. 2003;4:245–272.

Vera I, Ferrando E, Vidal I, Gómez-Olmeda D, González JC. Accidentes por quemadura y enfermedad mental. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)* 2010;3(1):19-22.

Wells KB, Golding JM, Burnam MA: Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* 1988; 145:976—981.

Willebrand M, Kildal M, Andersson G, Ekselius L. Long-term assessment of personality after burn trauma in adults. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190:53–56.

Wise MG, Taylor SE: Anxiety and mood disorders in medically ill patients. *J Clin Psychiatry* 1990; 5(I suppl):27-3.

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER FACULTAD DE SALUD ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA RECONSTRUCTIVA

Título del trabajo: Incidencia de trastornos mentales en pacientes con lesiones por quemaduras en el E.S.E Hospital Universitario de Santander (HUS)

Resumen del proyecto: Este trabajo de investigación tiene como objetivo central determinar la incidencia de trastornos mentales en pacientes con lesiones por quemaduras atendidos en la unidad de quemados en el E.S.E Hospital Universitario de Santander; a través de una historia clínica realizada por el servicio de cirugía plástica donde se evaluará los datos sociodemográficos, características clínicas de las quemaduras y antecedentes personales. Además se realizará una entrevista clínica estructurada para valorar la presencia de trastornos mentales por un psiquiatra entrenado y con experiencia. Dentro del seguimiento del paciente igualmente se aplicará una escala visual análoga del dolor, una escala de percepción de amenaza y un cuestionario para evaluar la calidad de vida (SF 36).

El participar en la entrevista clínica de psiquiatría y contestar las escalas le tomara 60 minutos aproximadamente.

La información personal obtenida de la entrevista y las escalas serán de carácter confidencial y se utilizará solo para los objetivos de esta investigación, protegiendo su identidad, la cual siempre se manejará con códigos o números que aseguren este propósito.

Consideramos que el participar en esta investigación no le generará problemas ni molestias mayores. Este proyecto cumple con los requisitos y normas establecidas en la resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, con la Declaración de Helsinki (Revisión de 2.000) y las Normas Éticas Internacionales para Investigaciones Biomédicas de la Organización Mundial de La Salud (1996). Es clasificada como una **Investigación de Riesgo Mínimo**.

Es posible que experimente cansancio por la duración en la entrevista, que algunas preguntas puedan ser molestas porque se referirán a su vida personal o familiar, o sucesos que no quisiera recordar, pero usted está en libertad de contestarlas.

Los beneficios de participar en esta investigación serán: 1) aportar y recibir información de la cual puede beneficiarse usted y otros pacientes, 2) si se detecta psicopatología se le informará a su médico tratante para que realice estudios o inicie tratamiento en caso de ser necesario.

Participar en esta investigación no le acarreará costos adicionales en el tratamiento que actualmente recibe.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información y responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de evaluación psiquiátrica y la encuesta que voy a responder, y de cómo se relaciona esto con mi enfermedad y tratamiento actual.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Hospital Universitario de Santander de Bucaramanga.

Yo, _____, identificado (a) con cedula de ciudadanía _____, declaro estar de acuerdo en participar en el estudio "Incidencia de trastornos mentales en pacientes con lesiones por quemaduras en el E.S.E Hospital Universitario de Santander (HUS)".

Certifico que he sido informado (a), de forma clara sobre el objetivo de dicha investigación, que mi colaboración es voluntaria y que los datos por mi proporcionados, así como los derivados de la consulta de mi historia clínica serán tratados de forma ética, bajo los principios de confidencialidad e intimidad, siendo los mismo utilizados solo para los fines académicos de esta investigación.

Igualmente certifico que he entendido y comprendido la naturaleza del estudio.

Firma Participante: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Firma Investigador Responsable: _____

Audrey José Miranda Díaz

Celular: 301 548 39 03

Email: amdrey_321@hotmail.com

Si tiene alguna duda referente a los aspectos éticos inherentes al presente estudio, puede comunicarse con el Comité de Ética en Investigación Científica de la Universidad Industrial de Santander (Cra. 32 # 29-31, Edificio 3, oficina 304 B, teléfono 6344000, Ext 3202 / email: comitedetica@uis.edu.co), cuya función es velar por el cumplimiento de los aspectos éticos en la investigación e investigar situaciones de mala práctica.

Anexo B. Cuestionario de caracterización de la quemadura

CUESTIONARIO

Datos personales

Edad: ___ (años cumplidos)

Género: ___ masculino ___ femenino

Estado Civil: ___ Soltero ___ Casado ___ Unión Libre ___ Divorciado ___ Viudo

Número de hijos ___

Nivel educativo ___ (número de años aprobados)

Ocupación ___ empleado ___ desempleado

Lateralidad ___ diestro ___ zurdo

Peso ___ Kg

Talla ___ ~~mts~~

IMC ___ Kg/mts²

Accidente laboral SI ___ No ___

Reingreso a la vida laboral Número de Días ___ No aplica ___

Medicamentos que está recibiendo SI ___ No ___ Cual? _____

Historia personal de enfermedad mental SI ___ No ___ Cual? _____

Historia familiar de enfermedad mental SI ___ No ___ Cual? _____

Agente de causa la quemadura

___ Llama

___ Líquidos hirvientes

___ Vapor

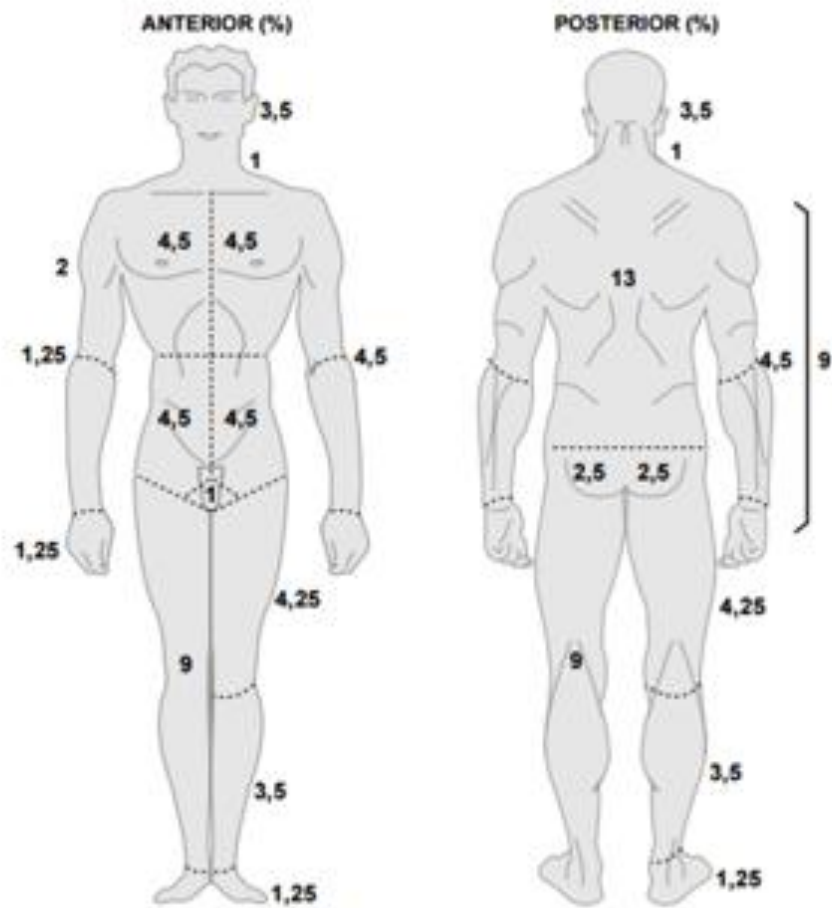
___ Electricidad

___ Químicos

Extensión: ___ % SCT

Profundidad: GI ___ GII ~~Sup~~ ___ GII ~~Int~~ ___ GII Pro ___ GIII ___

Localización:



Compromiso de área especial Sí No Cual

Estancia hospitalaria N° de días

Requerimiento de unidad de cuidados intensivos Sí No

Procedimiento quirúrgico Sí No